

## Formulario de inscripción para bebés

Para el bebé de una madre inscrita en el programa Acceso para bebés y madres (AIM).

Inscrita: \_\_\_\_\_

AIM Family Member Number#: \_\_\_\_\_

Información del bebé:

Nombre \_\_\_\_\_ inicial \_\_\_\_ apellido \_\_\_\_\_

Sexo: Masc. \_\_\_ Fem. \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_ libras \_\_\_ onzas

Proveedor personal: \_\_\_\_\_

Elección de plan de atención dental (consulte el Manual de Healthy Families):

Si usted tuvo un aborto espontáneo, por favor díganos cuándo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cambio de dirección/teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene otros hijos que hayan estado o estén inscritos en Healthy Families Program? Si es así, por favor anote los nombres y Family Member Numbers más abajo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Family Member Number: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Family Member Number: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Family Member Number: \_\_\_\_\_

Declaro que cada una de las personas que estoy inscribiendo:

- es residente de California.
- no está en la cárcel ni en un hospital mental.
- no reúne los requisitos para Medicare Parte A y Parte B.

### Además, declaro que:

- Todas las personas de este formulario, cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de reclamos de los planes participantes en los que las personas estén inscritas.
- He leído y entiendo el **Manual de Healthy Families**. Entiendo lo que dice acerca de cada plan de salud, dental y plan de cuidado de la vista y los beneficios que ofrecen.
- Doy permiso para que **Healthy Families** compruebe mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas que estoy inscribiendo y todos los demás datos de esta solicitud.
- Acepto avisar al programa a más tardar 30 días después de todo cambio de dirección de cualquier persona inscrita en el programa y cualquier cambio en la dirección de facturación del solicitante.

**Certifico** que he leído y entendido la información anterior. **También certifico** que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Envíe el formulario lleno con un cheque personal, cheque certificado o giro postal por \$9.00 a nombre de Healthy Families en el sobre con nuestra dirección que vino en esta carta a:

Healthy Families Program  
P.O. Box 138005  
Sacramento, CA 95813-9984